

STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 1440

11 januari 2016

Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016

Het Centrum indicatiestelling zorg,

gelet op artikel 4:81 lid 1 Algemene wet bestuursrecht en de artikelen 7.1.2 en 3.2.3 Wet langdurige zorg,

besluit:

Artikel 1

Het Centrum Indicatiestelling Zorg hanteert beleidsregels bij het beoordelen of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor één of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Deze beleidsregels zijn opgenomen in de bijlagen 1 tot en met 3 bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2016.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016.

Artikel 4

Dit besluit wordt met de toelichting en de bijlagen in de Staatscourant geplaatst.

Driebergen-Rijsenburg, 9 december 2015

D. Hoefsmit,
Voorzitter Raad van Bestuur CIZ



BIJLAGE 1 ALGEMEEN

1. Algemeen

De begrippen die in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz) en artikel 1.1.1 van het Besluit langdurige zorg (Blz) zijn geschreven, zijn ook op deze beleidsregels van toepassing.

1.1 Definities

Onderstaande definities zijn op alle bijlagen bij de beleidsregels indicatiestelling Wlz van toepassing.

Blijvende zorgbehoefte

De behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1. is blijvend, dat wil zeggen van niet voorbijgaande aard. Eventuele functionele verbeteringen kunnen het beperkingenbeeld van verzekerde niet zodanig wijzigen dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalt.

Ernstig nadeel[1]

Ernstig nadeel voor verzekerde, als bedoeld in artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wlz, betekent dat, als gevolg van met zijn grondslag samenhangende fysieke problemen of zware regieproblemen, er een situatie kan ontstaan waarin verzekerde:
a. zich maatschappelijk ten gronde richt of dreigt te richten,
b. zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen,
c. ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen,
d. ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.

Om dit ernstig nadeel te voorkomen is permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bedoeld in de Wlz noodzakelijk.

Uit de Memorie van toelichting blijkt dat bij ‘ernstig nadeel voor de verzekerde’ sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

Escalatie

Acute verslechtering van de toestand van de verzekerde die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maakt. Het kan hierbij gaan om fysieke of gedragsproblemen.

Fysieke problemen

Fysieke problemen hebben betrekking op beperkingen als gevolg van stoornissen in de fysiologische functies of anatomische eigenschappen van het houdings- of bewegingsapparaat (bot-spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) of de inwendige organen dan wel stoornissen in de motorische en sensibele functies van het zenuwstelsel.

Formulierenset

De door het CIZ vastgestelde formulierenset wordt gehanteerd bij het indicatieonderzoek en de registratie van onderzoeksgegevens en de indicatie. De formulierenset is gebaseerd op:
a. de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen,
b. en de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4),
c. en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

---

[1] Op WWW.ciz.nl staat nadere uitleg over ernstig nadeel.



Gebruikelijke zorg

De dagelijkse verzorging en /of opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden (zie bijlage 3).

Gezamenlijk huishouden

Zie artikel 1.1.2 lid 3 Wlz en artikel 1.1.2 lid 4 Wlz.

Instelling

a. Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.
b. Een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europees deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij of krachtens de Wlz artikel 3.1.1.

Kind

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

Partner

Huisgenoot met wie de verzekerde is gehuwd of een relatie onderhoudt die daarmee gelijk wordt gesteld, zie art 1.1.2 Wlz.

Permanent toezicht

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.
Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkomen.
Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

24 uur per dag zorg in de nabijheid

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

Palliatief terminale zorg

Deze zorg heeft betrekking op de terminale levensfase van een verzekerde met een levensbedreigende ziekte, waarin de levensverwachting van de verzekerde korter is dan drie maanden. Het is de behandelend arts van de verzekerde die dit vaststelt. De verzekerde krijgt geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. De zorg is vooral gericht op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

Verzekerde met een psychische stoornis

Een verzekerde die door een daartoe bevoegd zorgverzekeringswet (Zvw) behandelaar gediagnosticeerd is als hebbende een psychische stoornis/psychiatrische aandoening.

Voortdurend

Er doen zich dagelijks ongeplande zorgmomenten voor, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen om op deze momenten zorg te verlenen. Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen.



Zelfzorg

De uitvoering van algemeen dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg.

Zware regieproblemen

De verzekerde heeft zodanige beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties, dat voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkómen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

1.2 Grondslagen

De Wlz geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot Wlz-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer met name genoemde 'grondslagen'.
Grondslag: een aandoening, beperking, stoornis of handicap als gevolg waarvan de verzekerde recht kan hebben op Wlz-zorg.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn:
1. een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking,
2. een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

In de bijlage Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

1.3 Voortgezet verblijf in verband met een psychische stoornis

Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.

Als tijdens deze periode van drie jaar de zorgbehoefte zodanig wijzigt dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passende zorgprofiel vast.

1.4 Geldigheidsduur

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is, conform artikel 3.2.5. Blz, onbepaald met uitzondering van de in hoofdstuk 3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) genoemde indicatiebesluiten:
a. het indicatiebesluit dat berust op artikel 3.2.1 lid 3 Wlz in welk geval de geldigheidsduur is bepaald op maximaal drie jaren[2];
b. het indicatiebesluit dat berust op artikel 3.2.2 Wlz in welk geval [lid 1] de geldigheidsduur is bepaald op maximaal drie jaren die [lid 2] na afloop van die periode telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaren kan worden verlengd[3];
c. het zorgprofiel 'herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling' (sector Verpleging en Verzorging), in welk geval de geldigheidsduur is bepaald op maximaal 6 maanden.

Het CIZ oordeelt en beslist over een aanvraag van zorg binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag hiervoor is ingediend. Indien er een indicatie voor zorg vanuit de Wlz is, die naar beneden wordt bijgesteld, zal het CIZ een overgangsperiode in acht nemen[4]. Daarbij wordt rekening gehouden met de mate waarin wordt ingegrepen in de lopende indicatie en de aard en de omvang van de door de verzekerde aangegane verplichtingen ter voorziening in zijn zorgbehoefte.
De datum ingang geïndiceerde zorg kan in beginsel wel liggen na, maar niet vóór de datum van het indicatiebesluit. Hierop zijn drie uitzonderingen mogelijk:
1. Bij indicatiestellingen in het kader van het plan 'Waardigheid en Trots' (gebruikmakend van de instrumenten van het experiment regelarme instellingen-ERAI) beslist het CIZ op de dag waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt. De ingangsdatum van de geïndiceerde zorg is de datum

---

[2] Het gaat hierbij om verzekerden met een indicatie voor een zorgprofiel (SG)LVG.
[3] Het gaat hierbij om verzekerden met een indicatie voor zorgprofiel GGZ-B.
[4] Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CrVB: 2013:BZ2559.

waarop de zorg is gestart, tot maximaal 14 (kalender)dagen voor de datum dat de aanvraag bij het CIZ is ingediend.

2. Als er sprake is van de volgende drie cumulatieve voorwaarden:
   a. het valt niet aan de verzekerde te verwijten dat het indicatiebesluit niet eerder kon worden genomen,
   b. de feiten zijn niet aan twijfel onderhevig en dusdanig duidelijk dat met zekerheid of daaraan grenzende waarschijnlijkheid kan worden vastgesteld dat de verzekerde ook in het verleden op de gevraagde zorg was aangewezen,
   c. en de aanvraag een verzoek om voortzetting van een eerder gelijkwaardig[5] indicatiebesluit betreft.

   Op de eis van niet-verwijtbaarheid (2a) wordt een uitzondering gemaakt als:
   – een verzekerde heeft verzocht om voortzetting van de eerder geïndiceerde zorg en
   – vaststaat dat verzekerde op dezelfde zorg als voorheen is aangewezen en
   – eveneens vaststaat dat verzekerde die zorg in de betreffende periode heeft ingekocht en daadwerkelijk heeft ontvangen.
3. Ten slotte kan de ingangsdatum van het indicatiebesluit ook vóór de datum van het indicatiebesluit liggen, als er sprake is van bijzondere omstandigheden in een concreet geval[6]. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende situaties:
   – Bij aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie en aansluitend aan eerstelijns verblijf (in het kader van de subsidieregeling), bij beëindiging van de forensische status van een verzekerde die Wlz-zorg behoeft, en na het toewijzen van een status bij asielzoekers. In deze gevallen is er sprake van een plotselinge wijziging in de situatie van de verzekerde.
   – Als een verzekerde vanwege bijzondere omstandigheden reeds zorg ontvangt. Het gaat dan om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Het gaat niet om wijzigingen in de omgeving van de verzekerde (bijvoorbeeld uitval van mantelzorg). Dan is de verzekerde aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit andere domeinen totdat is vastgesteld dat de verzekerde blijvend is aangewezen op de Wlz.

   Als op datum aanvraag al zorg wordt verleend beslist het CIZ binnen twee weken. Voorwaarde hiervoor is dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is om te kunnen vaststellen dat verzekerde aanspraak heeft op de Wlz. De ingangsdatum van de indicatie is dan de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal 5 dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart.

Verdragsgerechtigden

Voor verdragsgerechtigden stelt het CIZ op grond van 5.2.1 Blz de aanspraak op zorg vast. Het CIZ houdt rekening met de verwachte verblijfsduur van de zorgvrager in Nederland en er geldt een maximale geldigheidsduur van 6 maanden, welke eenmalig kan worden verlengd met maximaal 6 maanden.

1.5 Informatie bij besluit

Naast het zorgprofiel en de geldigheidsduur kan er aanvullende informatie bij het indicatiebesluit worden gegeven. Deze informatie maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit, omdat deze informatie niet is gericht op rechtsgevolg. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Als aanvullende informatie bij het indicatiebesluit kan worden vermeld:

1. Voorkeur van de cliënt: het CIZ kan de voorkeur van de verzekerde over de vorm waarin hij de zorg wil ontvangen registreren.
   Als de verzekerde (nog) geen voorkeur bepaald heeft wordt geen voorkeur meegegeven.
   Onderstaande zorgprofielen kunnen conform de Regeling langdurige zorg, art. 5.5, niet in pgb worden geleverd:
   a. VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging,
   b. LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep,
   c. LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
   d. LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, of
   e. LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum.

[5] Als gelijkwaardige indicatiestelling niet mogelijk is vanwege gewijzigde wet- en regelgeving en er is sprake van een ongewijzigde zorgbehoefte dan kan op basis van de vigerende aanspraken voor de zelfde ‘soort’ zorg een indicatiebesluit worden afgegeven met een datum waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt.

[6] Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CRVB:2009:BK1592.



Uitzondering: de verzekerde die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was aangewezen op een zorgzwaartepakket 3 LVG en aanspraak had op een persoonsgebonden budget.
De zorgprofielen in de sector GGZ 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging', 'beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding' kunnen op basis van art 3.3.4 Wlz alleen worden geleverd in een gecontracteerde instelling.
Het zorgkantoor beslist of verzekerde voor een pgb in aanmerking komt, niet het CIZ.
2. Voor zover bekend registreert het CIZ de voorkeursleverancier van de verzekerde.

2. Afwegingskader/beoordeling

Het CIZ besluit of een verzekerde is aangewezen op zorg vanuit de Wlz overeenkomstig het gestelde in relevante wet- en regelgeving.

Voor dit onderzoek wordt een uniform afwegingskader gehanteerd:
1. In kaart brengen van de relevante ziekte(en), aandoening(en), stoornissen en beperkingen;
2. Vaststelling van
   - gebruikelijke zorg van ouders aan hun kind;
   - wettelijke en algemeen gebruikelijke voorzieningen (waaronder mogelijkheden behandeling, revalidatie, reactivering, leren).
3. Oordeel of verzekerde is aangewezen op:
   a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
   b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
      1°. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
      2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.
4. Vaststellen of verzekerde **blijvend** is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
5. Vaststellen van
   a. best passend zorgprofiel;
   b. geldigheidsduur indien van toepassing;
   c. al dan niet recht op dagbesteding en vervoer bij volwassenen.
   d. kenmerk meerzorg

Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz)

1 **In kaart brengen zorgsituatie**
- Ziekte, aandoening, stoornis
- Beperkingen
- Vaststellen grondslag(en)

2 **Vaststellen van gebruikelijke zorg en wettelijke voorzieningen**
- Gebruikelijke zorg van ouders aan kind
- Wettelijke voorzieningen

3 **Oordeel 'permanent toezicht' of '24-uurs nabij'**
- Permanent toezicht
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid
  - Fysieke problemen
  - Zware regieproblemen
- Voorkomen escalatie/ernstig nadeel

4 **Vaststellen blijvende zorgbehoefte**
- Blijvend
- Afwegen mogelijkheid (functionele) verbetering/herstel/ontwikkeling

5 **Vaststellen van aanspraak op de Wlz**
- Zorgprofiel
- Geldigheidsduur
- Dagbesteding en vervoer
- Meerzorg

2.1 Stap 1: in kaart brengen van de zorgsituatie van de verzekerde

In deze stap wordt vastgesteld wat de verzekerde wel en niet kan. Het gaat om:
1. De relevante ziekten, aandoeningen en/of stoornissen en beperkingen van de verzekerde. Daarbij wordt ook meegenomen een eventueel lopende behandeling en de ziektebiografie van verzekerde.
2. De objectieve aard en de mate van de beperkingen van de verzekerde[7]. Daarbij gaat het om beperkingen van activiteiten, die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag. De verwachte duur van de beperkingen wordt ook onderzocht.
3. Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag.

De stoornissen en beperkingen van de verzekerde worden vastgelegd op een vierpuntsschaal.

Stoornissen
score 0: 'Geen probleem/geen hulp van een ander nodig'
Er is geen sprake van een stoornis of het optreden van de stoornis leidt niet tot een zorgvraag, omdat deze onder controle is door middel van behandeling, medicatie of een hulpmiddel.

[7] Soms kan het nodig zijn de invloed van de omgeving (gebouwde of sociale omgeving) te betrekken bij het objectiveren van de beperkingen. De omgeving kan zowel beperkingen van de verzekerde compenseren waardoor ze minder ernstig lijken, als ook ongunstige invloed hebben op de mogelijkheden en ontwikkeling van de verzekerde.

score 1: 'Wel probleem: af en toe hulp, toezicht of sturing nodig'
De stoornis leidt af en toe tot een zorgvraag. Af en toe is 1 tot 6 keer per week.
score 2: 'Wel probleem: vaak hulp, toezicht of sturing nodig'
De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is 1 tot 2 keer per dag.
score 3: 'Wel probleem: continu hulp, toezicht of sturing nodig'
De stoornis leidt continu tot een zorgvraag. Continu is 3 of meerdere keren per dag.

Beperkingen en participatieproblemen
score 0: 'Kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig'
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde geen beperkingen heeft ten aanzien van de betreffende activiteit.
score 1: 'Kan deze activiteit zelf maar een ander moet toezien of stimuleren'
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.
score 2: 'Kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen'
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevorderd wordt.
score 3: 'Kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen'
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen

Met behulp van de in deze stap verzamelde informatie wordt vastgesteld of er sprake is van een of meerdere grondslag(en) en zijn de aanwezige stoornissen en beperkingen vastgelegd.

2.2 Stap 2: Vaststelling van gebruikelijke zorg en wettelijke en algemeen gebruikelijke voorzieningen

In deze stap wordt vastgesteld of en in welke mate er sprake is van gebruikelijke zorg, wettelijke of algemeen gebruikelijke voorzieningen.

Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en/of opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Voor zover sprake is van gebruikelijke zorg is er geen aanspraak op Wlz-zorg. Zie hiervoor bijlage 3 Gebruikelijke Zorg.

Wettelijke voorzieningen: wettelijke regelingen, anders dan de Wlz, waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen, of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Voor zover het zorg betreft die vanuit een wettelijke voorziening kan worden bekostigd of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven, dient deze zorg door het verantwoordelijke orgaan geregeld te worden.

Het gaat bij wettelijke voorzieningen onder meer om:

Intensieve kindzorg vanuit de zorgverzekeringswet
Intensieve kindzorg valt onder artikel 2.10 tweede lid van het Besluit zorgverzekering, ook (of juist) als het gaat om kinderen die behoefte hebben aan permanent toezicht en /of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Artikel 2.10 Zorgverzekeringswet:
1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
   a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
   b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
   c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
   a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
   b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Toelichting:
Verpleging aan verzekerden tot achttien jaar valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzorging aan verzekerden tot achttien jaar valt onder de Jeugdwet. Ook als de verzekerde verpleging uit de Zvw

krijgt. Daarop is één uitzondering, namelijk de verzorging die onderdeel is van de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (de zogenoemde intensieve kindzorg zoals die tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ kwam). Uiteraard valt gebruikelijke zorg daar niet onder.
Bij intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening zoals die ten laste van de AWBZ werd verleend, gaat het om de volgende twee situaties:

– Kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Het gaat hierbij om onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag met betrekking tot fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van het kind moeten controleren. Het gaat bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.
– Het kan ook gaan om kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Bij deze kinderen moet de zorg weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid beschikbaar zijn, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. Bij de specifieke verpleegkundig handelingen, gaat het om handelingen als het toedienen van zuurstof, aan- en afkoppelen beademingsapparatuur, toediening van intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding, verwisselen van canules en openhouden en doorspoelen van katheters en dergelijke.

Deze zorg voor kinderen met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap valt daarom niet onder de Wlz maar onder de Zvw.
Bij kinderen met een grondslag som of LG (zonder VG) die niet voldoen aan een van bovenstaande situaties is er geen aanspraak op zorg vanuit de zorgverzekeringswet en bepaalt het CIZ regulier of er toegang tot de Wlz is.
Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamelijk handicap ook een verstandelijke handicap manifesteert, kunnen tot hun vijfde levensjaar behoren tot de doelgroep voor de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (Zvw). Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze zorg daarom onder de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Palliatief terminale zorg
Als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg nog geen Wlz-indicatie voor een zorgprofiel had, geldt:

a) Palliatief terminale zorg in een Wlz-instelling valt onder de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016.
b) Palliatief terminale zorg buiten een instelling (thuis of in een hospice zonder een toelating voor verblijf) valt onder de Zvw (wijkverpleging).

Als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg wel een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel[8] had geldt dat de palliatief terminale zorg uit de Wlz wordt geleverd. Dit ongeacht waar de verzekerde deze zorg wil ontvangen. Zie verder onder 'Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel' en Zorgprofiel (sector V&V): beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Verzekerden die wonen in een kleinschalig wooninitiatief die zijn aangewezen op palliatief terminale zorg en die deze zorg willen ontvangen in een Wlz-instelling, hebben geen aanspraak op zorgprofiel VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg vanuit de Wlz. Zij komen in aanmerking voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016. Zie verder onder 'Specifieke criteria voor het

[8] Verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid van de Wlz (verzekerden met een 'laag' zorgprofiel/ZZP) worden beschouwd als verzekerden met een Wlz-indicatie indien zij zijn opgenomen in een Wlz-instelling. Als deze verzekerden hun zorg thuis via de Wmo 2015 of hun zorgverzekering ontvangen, worden zij beschouwd als verzekerden zonder Wlz-indicatie.



bepalen van het passende zorgprofiel' en Zorgprofiel (sector V&V): beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Behandeling
Als door behandeling[9] van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen de zorgsituatie van de verzekerde nog zodanig kan verbeteren dat er niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid /permanent toezicht blijvend is, is er geen toegang tot de Wlz[10]. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Jeugdwet
Als (nog) niet is vastgesteld dat een kind vanwege zijn zorgbehoefte blijvend is aangewezen op permanent toezicht of op 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bepaald in de Wlz kan het kind ook nog zijn aangewezen op zorg en ondersteuning zoals bedoeld in de Jeugdwet. De Jeugdwet bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor jeugdhulp, dat wil zeggen: voor de ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen met opvoed- en opgroeiproblemen, met psychische en psychiatrische problemen of stoornissen of met een beperking. Gemeenten zijn in dat kader ook verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering.

Artikel 3.2.4 onder c Blz:
Een verzekerde heeft geen recht op Wlz-zorg indien hij minderjarig is en in verband met een verstandelijke beperking is aangewezen op zorg en ondersteuning in een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving, gericht op opvoeding en het waar mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven zoals bedoeld in het zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en verzorging'.

Wet forensische zorg
Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten.
De Interimregeling aanwijzing forensische zorg (Stcrt. 2014, 37132) wijst vormen van zorg aan die onder de Wmo vallen en zijn aangemerkt als forensische zorg als bedoeld in het Besluit forensische zorg. De Interimregeling ziet niet op de Wlz.
Voor de Wlz en de forensische zorg is het volgende van toepassing:
- De indicatie van een verzekerde met een Wlz-indicatie van onbepaalde duur blijft onverkort van kracht als deze verzekerde forensische zorg opgelegd krijgt. De forensische zorg is niet van invloed op de aanspraak;
- Dit geldt ook voor de verzekerden met een indicatie met een bepaalde duur (3 jaar: zorgprofielen LVG, SGLVG of GGZ-B);
- Het CIZ indiceert niet voor Wlz-zorg voor een verzekerde met een verstandelijke beperking bij wie forensische zorg is opgelegd en die tijdens de tenuitvoerlegging van de forensische zorg een aanvraag doet voor Wlz-zorg.
  De forensische zorg voorziet in de zorgbehoefte.
  Bij het aflopen van de forensische titel kan aansluitend een aanvraag voor Wlz-zorg worden gedaan.

Algemeen gebruikelijke voorzieningen: In het algemeen gebruikelijke voorzieningen waarmee de zorgvraag kan worden opgeheven.

2.3 Stap 3: Oordeel 'permanent toezicht' of '24uur per dag zorg in de nabijheid'

In deze stap wordt vastgesteld of de verzekerde is aangewezen op:
a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
   1°. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
   2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Ad a: *Permanent toezicht:* onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van

[9] Vanuit de Zvw, de Jeugdwet of de subsidieregeling extramurale behandeling.
[10] In stap 3 en 4 wordt beoordeeld of daardoor nog niet met zekerheid kan worden gesteld dat de verzekerde blijvend is aangewezen op de Wlz.

onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Ad b 1°: 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
1°. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft.

Fysieke problemen kunnen betrekking hebben op beperkingen die veroorzaakt worden door een somatische ziekte of een lichamelijke handicap. Meerzorg
De verzekerde is niet altijd in staat tijdig de zorgverlener in te roepen of erkent niet altijd de behoefte aan zorg, vanwege fysieke problemen en de gevolgen daarvan voor het psychisch functioneren (bijvoorbeeld vanwege vermoeidheid, vertraagd denken, verminderde alertheid en concentratie). Wachten op de zorgverlener bij ongeplande zorgmomenten zal mogelijk ernstig nadeel opleveren gezien de medische situatie / prognose. Er kan bijvoorbeeld risico zijn van verwaarlozing, of het oplopen van lichamelijk letsel ten gevolge van bedlegerigheid, een slechte voedingstoestand, tekorten in de zelfzorg.
ad b 2°: 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

De verzekerde heeft beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Daarom heeft de verzekerde voortdurend begeleiding of overname van taken nodig om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkómen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.
Het betreft verzekerden die vanwege cognitieve beperkingen op meerdere momenten van de dag begeleiding en toezicht nodig hebben. De zorgverlening moet op relevante (onverwachte) momenten ondersteunen bij de oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan van de verzekerde. De verzekerde kan de consequenties van eigen handelen niet overzien. Het mogelijke ernstig nadeel kan optreden als gevolg van het ontbreken van voldoende regie en regelvermogen.

Uitzonderingen:
1. Een verzekerde die tot de 18e verjaardag behandeling vanuit de Jeugdwet ontving in een LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapt)- behandelinstelling en die volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van deze behandeling met verblijf komt hiervoor ook in aanmerking als hij geen behoefte (meer) heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
2. Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.
   Als tijdens deze periode van drie jaar de zorgbehoefte zodanig wijzigt dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast. De (blijvende) noodzaak voor permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid wordt niet beoordeeld.

2.4 Stap 4: Is de zorgbehoefte blijvend?

Om vast te stellen of de behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend is wordt, op basis van de ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen, afgewogen of er nog mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel dat deze zorgbehoefte daarmee niet aan de criteria voldoet.
Bij kinderen moet worden meegewogen dat ook bij kinderen met een beperking nog (enige) ontwikkeling mogelijk is.

Uitzonderingen
1. Een meerderjarige verzekerde heeft recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen **tijdelijk** behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid of als deze verzekerde volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.
   Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een Licht Verstandelijk Gehandicapten – of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten – behandelinstelling, zoals beschreven in de zorgprofielen voor maximaal 3 jaren.
2. Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat

de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.
Als tijdens deze periode van drie jaar de zorgbehoefte zodanig wijzigt dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast. De **blijvende** noodzaak voor permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid wordt niet beoordeeld.

2.5 Stap 5: het indicatiebesluit

In deze stap wordt het indicatiebesluit Wlz vastgesteld, met het zorgprofiel waarop de verzekerde is aangewezen.

Vaststelling van het zorgprofiel is gebaseerd op de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte van de verzekerde. Het CIZ onderzoekt in eerste instantie of er op basis van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte van de verzekerde een passend zorgprofiel kan worden vastgesteld. Als geen van deze profielen voldoende aansluit bij de zorgbehoefte van verzekerde, kan op basis van specifieke cliëntkenmerken gekozen worden uit een profiel behorend bij een andere aanwezige grondslag. Het gaat hierbij dan specifiek om verzekerden met complexe meervoudige handicaps waarbij het beperkingen profiel niet eenduidig te herleiden is tot één grondslag, om leeftijdsgebonden cliëntkenmerken, of om specifieke gedragsproblemen van de verzekerde.

Uitgangspunt is dat een zorgprofiel uit een reeks alleen gekozen kan worden als de problematiek uit die reeks aanwezig is. Met andere woorden: de grondslag waarop de reeks is gebaseerd, moet bij de verzekerde aanwezig zijn. De belangrijkste grondslag kan een andere zijn.
Voorbeeld: er kan geen zorgprofiel uit de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) worden gekozen als er geen sprake is van een grondslag verstandelijke beperking.

Uitzondering
De reeksen passend bij de grondslag somatische aandoening of beperking en de grondslag lichamelijke handicap zijn vrij uitwisselbaar. Deze problematiek ligt naar aard en inhoud erg dicht bij elkaar.

Dagbesteding

In art 3.1.1. Wlz is beschreven dat dagbesteding valt onder het verzekerde pakket. Dit voor zover de verzekerde er naar aard, inhoud en omvang en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen (art 3.2.1 Wlz)

Bij volwassenen met een zorgprofiel uit de reeks Verstandelijk Gehandicapt, Lichamelijk Gehandicapt, Zintuiglijk Gehandicapt visueel, Zintuiglijk Gehandicapt auditief en GGZ, wordt beoordeeld of de verzekerde is aangewezen op begeleiding in groepsverband.
Een volwassen verzekerde is aangewezen op dagbesteding als hij geen volledige werkweek of aangepaste vorm van arbeid heeft. Als dagbesteding aangewezen is, moet apart aangegeven worden of er een medische noodzaak is voor vervoer van en naar de dagbesteding. Uitgangspunt bij het beoordelen van ‘medische noodzaak’ is het gebrek aan zelfredzaamheid van de verzekerde.

Bij kinderen wordt dagbesteding met vervoer altijd geïndiceerd.

Meerzorg

Het CIZ onderzoekt of er sprake is van aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel.
Als dat aan de orde is, wordt een kenmerk meegegeven aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor dient vervolgens onderzoek te doen naar de benodigde zorgomvang.

In 2016 geeft het CIZ het kenmerk ‘onderzoek doen naar meerzorg’ mee in de keten naar het zorgkantoor als de verzekerde aanspraak maakt op een zorgprofiel en:
1. Er is een noodzaak van invasieve beademing
2. Er is een noodzaak van non-invasieve beademing
3. Er is aanspraak op een zorgprofiel ‘VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging’ **en** er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek
4. Er is aanspraak op een zorgprofiel ‘VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging’ **en** er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek

Ad 1 en 2: Er is sprake van beademing wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand[11]' (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief).
De volgende zaken vallen niet onder beademing:

- het incidenteel beademen via de tracheostoma met behulp van een ballon, al dan niet bij calamiteiten; er is geen sprake van continue of intermitterende beademing naast dit incidentele gebruik van de beademingsballon;
- het toedienen van zuurstof via een 'brilletje', flowsnor, tracheostoma of anderszins; het bewaken van het zuurstofgehalte in het bloed met behulp van een saturatiemeter;
- het hebben van een tracheostoma;
- apparatuur bij slaapapneu.

Ad 3 en 4: Het gaat hierbij om verzekerden met (naast de aandoeningen en beperkingen die tot genoemde zorgprofielen leiden) zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze somatische / lichamelijke problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging waarbij permanent toezicht noodzakelijk is gericht op de fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van de verzekerde moeten controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.

Het zorgkantoor heeft ook de bevoegdheid om zelfstandig op verzoek van de verzekerde het onderzoek naar meerzorg te starten. Dat betekent dat de verzekerde die al een passend zorgprofiel heeft en meerzorg wenst zich tot het zorgkantoor dient te wenden en niet tot het CIZ.

Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel:
Voor een aantal zorgprofielen is een verduidelijking met betrekking tot de indicatiecriteria opgenomen.

Zorgprofiel (sector V&V): beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Met betrekking tot het onderzoek naar de zorgbehoefte van een verzekerde bij een aanvraag voor een zorgprofiel 'beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding' is het nodig om inzicht te krijgen in het gevolgde behandelbeleid van de gedragsproblemen. Het betreft verzekerden met bijvoorbeeld ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel, ernstige mate van dementie, Korsakov, ouderen met complexe lichamelijke problematiek met actieve psychiatrie en ouderen met doofblindheid op latere leeftijd in combinatie met ernstige gedragsproblemen.
Er is een onderscheid tussen ernstige gedragsproblemen die van tijdelijke aard zijn en uitdoven (adaptatieproblemen, delier etcetera) en ernstige gedragsproblemen die langdurig van aard zijn.
De verantwoordelijke Wlz behandelaar definieert samen met een multidisciplinair team het probleem, stelt de behandeldoelen vast en beslist welke behandeling ingezet wordt.
Bij een aanvraag voor het zorgprofiel onderzoekt het CIZ aan de hand van een behandelplan welke behandeling wordt gegeven, of het behandelbeleid optimaal gevolgd is en welk effect de behandeling op het probleemgedrag heeft (evaluatie en prognose). Pas daarna kan worden beoordeeld of er een blijvende aanspraak is op het gevraagde zorgprofiel.

Zorgprofiel (sector V&V): herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling

Dit zorgprofiel is aan de orde bij verzekerden bij wie medisch specialistische diagnostiek/interventie heeft plaatsgevonden waarbij sprake is geweest van een ziekenhuisopname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle verzekerden uit deze groep reeds Wlz-zorg. De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de comorbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De

[11] Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie, zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de verzekerde de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.

verzekerde heeft een tijdelijke behoefte aan extra behandeling en zorg, meestal 2 tot 6 maanden. Bij verzekerde is sprake van verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als gevolg van ernstige problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd.

Bij het bepalen of sprake is van herstelgerichte behandeling, aansluitend aan een klinische opname, moet worden voldaan aan alle onderstaande criteria:
a) naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen;
b) revalidatie moet gericht zijn op herstel of het aanleren van vaardigheden;
c) er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht;
d) er moet een behandelplan zijn;
e) de verzekerde moet in staat zijn te leren;
f) er moet van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake zijn, gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
g) de te geven behandeling moet een door de beroepsgroep geaccepteerde methode zijn;
h) de te geven behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn;
i) voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk die van een Wlz-behandelaar.

Zorgprofiel (sector V&V): beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

a) Voor verzekerden met een Wlz-indicatie[12] die niet in een Wlz-instelling wonen[13] [14], kan dit zorgprofiel worden geïndiceerd als de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening en zich in de terminale levensfase bevindt, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van korter dan drie maanden.
b) Verzekerden die al een Wlz-instelling wonen, zullen in de eindfase van hun leven de noodzakelijke zorg krijgen op basis van het eerder toegekende zorgprofiel. Het verlenen van zorg aan het eind van het leven is een onderdeel van de taken van een instelling. Het zorgprofiel (sector V&V): beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg kan bij verzekerden die al in een Wlz-instelling wonen, worden geïndiceerd als een verzekerde met een Wlz indicatie lijdt aan een ziekte/aandoening en zich in de terminale levensfase bevindt, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van korter dan drie maanden, en indien de zorgvraag aan alle onderstaande criteria voldoet:
- er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is;
- er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust;
- er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines, en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

Nota bene:
Verzekerden die wonen in een kleinschalig wooninitiatief die een noodzaak hebben voor palliatief terminale zorg en deze zorg thuis (in het kleinschalig wooninitiatief) willen ontvangen, hebben aanspraak op zorgprofiel VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg vanuit de Wlz.

Zorgprofiel (sector VG): (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op dit zorgprofiel:
- een onderbouwde conclusie dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid en;
- CEP score ≥ 3 (=Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag).

Om vast te stellen of de verzekerde voldoet aan bovenstaande criteria is aanlevering van onderstaande zorginhoudelijke informatie noodzakelijk:
1. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) zorgplan. Uit het plan blijkt:
    - Wat de omschrijving is van de grondslag en de bijzondere gedragsproblematiek.
    - Indien aanwezig: een bijzonder zorgplan CCE en beschrijving van vervolgacties naar aanleiding van betrokkenheid en advisering door Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

---

[12] Verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid van de Wlz (verzekerden met een ‘laag’ zorgprofiel/ZZP) worden beschouwd als verzekerden met een Wlz-indicatie indien zij zijn opgenomen in een Wlz-instelling. Als deze verzekerden hun zorg thuis via de Wmo 2015 of hun zorgverzekering ontvangen, worden zij beschouwd als verzekerden zonder Wlz-indicatie.
[13] Een kleinschalig wooninitiatief is geen Wlz instelling.
[14] Dit geldt ook voor verzekerden die al verbleven in de instelling, maar de zorg in de laatste levensfase thuis of in een hospice zonder toelating voor verblijf willen ontvangen.

- Wanneer het CCE niet betrokken is geweest, is het noodzakelijk dat de volgende onderwerpen in het zorgplan aan bod komen:
  - Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen. Dit zijn bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), specifieke benadering, groepsgrootte, woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel.
  - Tot welk resultaat de zorginterventies hebben geleid.
  - Een onderbouwde conclusie (op basis van het voorgaande) dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met de reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.

2. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) volledig rapport van de CEP-score[15], opgesteld door meerdere deskundigen onder eindverantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Uit de score blijkt dat de vastgestelde chronische gedragsproblematiek een zwaarte heeft van tenminste 3.

Zorgprofielen(sector LVG) Licht Verstandelijk Gehandicapt

Jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap met daarnaast meervoudige problematiek zoals beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, behoren tot de doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG). De problematiek bij deze verzekerden komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Als er voor verzekerden uit de doelgroep een noodzaak is tot integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in deze instelling, wordt een zorgprofiel uit de reeks LVG-zorgprofielen geïndiceerd. De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar.

Bij de LVG-behandelinstellingprofielen zijn de volgende criteria in combinatie vereist:
- behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname en behandeling noodzakelijk is;
- niveau van verstandelijk functioneren: een IQ tussen 50 en 85;
- de leeftijd waarop de indicatie wordt gesteld is doorgaans tussen 18 en 23 jaar. Voor de leeftijdsgroep vanaf 21 jaar geldt dat er meestal sprake is van voortgezette hulpverlening die het karakter heeft van woon- en vaardigheidstraining;
- er is sprake van ernstige gedragsproblemen. De bepaling van de ernst van de gedragsproblemen wordt ontleend aan een medisch of gedragskundig rapport dat bij de aanvraag wordt aangeleverd of wordt opgevraagd in verband met onderzoek van het CIZ.

Voor verzekerden met een lichte verstandelijke handicap die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, zonder noodzaak tot behandeling in een LVG-behandelinstelling, is geen LVG zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel aanspraak op een zorgprofiel in de reeks VG.

Zorgprofiel Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt: zorg en behandeling voor verzekerden met een licht verstandelijke handicap en zeer ernstige gedragsproblematiek

Bij Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte cliënten (SGLVG-cliënten) is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. De problematiek komt tot uiting in alle facetten van het leven: (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problemen versterken elkaar en zijn vaak onderling met elkaar verweven. Hoewel er doorgaans ook sprake is van (actieve) psychiatrische problematiek wordt deze categorie verzekerden meestal onder de grondslag verstandelijke handicap geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de gedragsproblemen/stoornissen sterk verweven zijn met de licht verstandelijke beperking. De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de verzekerde.

---

[15] Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag



Als er voor deze doelgroep een noodzaak is tot behandeling in een SGLVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in zo'n instelling, wordt het SGLVG-zorgprofiel geïndiceerd.

Bij het SGLVG-behandelinstellingsprofiel zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:
- er is een behandelperspectief en een behandelprognose;
- een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk;
- verzekerde heeft een IQ tussen de 50 en 85;
- de leeftijd van verzekerde ligt meestal tussen 18 en 55 jaar;
- verzekerde heeft ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen;
- er is sprake van comorbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen;
- er is sprake van ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege deze problematiek;
- eerdere behandeltrajecten hebben niet (voldoende) resultaat gehad.

Voor verzekerden met SGLVG-problematiek die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht zonder noodzaak tot behandeling in een SGLVG-behandelinstelling, is geen SGLVG zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel aanspraak op een zorgprofiel in de reeks VG.

Resultaat:
Een indicatiebesluit voor Wlz-zorg conform wet en regelgeving.
Het indicatiebesluit wordt ter kennis van de verzekerde gebracht.
Tegen het indicatiebesluit staat bezwaar en beroep conform de Algemene wet bestuursrecht open.

Het indicatiebesluit wordt gecommuniceerd naar de verzekerde, de Wlz-uitvoerder en opgenomen in het Wlz register.

BIJLAGE 2 GRONDSLAGEN

1. Algemeen

Deze bijlage kan worden aangehaald als ‘bijlage Grondslagen’.

Op deze bijlage is de bijlage ‘Algemeen’ van toepassing.

Relevante wet- en regelgeving

Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor de Wlz is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz 2015).

2. Aandachtspunten

Vaststellen grondslag

Het CIZ stelt vast welke grondslag een verzekerde heeft en maakt daarbij gebruik van informatie over diagnostiek en over stoornissen en beperkingen, die wordt verstrekt door een ter zake deskundige. Dit is iemand die volgens de vigerende standaarden en richtlijnen van zijn beroepsgroep bevoegd is tot het stellen van de diagnose. Informatie over stoornissen en beperkingen kan ook door eigen onderzoek van het CIZ worden verkregen.

Eén grondslag of meer grondslagen

Om in aanmerking te komen voor toegang tot zorg vanuit de Wlz, moet een verzekerde in elk geval beschikken over één grondslag. Sommige verzekerden hebben echter meer grondslagen. Voor een compleet inzicht in de problematiek van de verzekerde en de onderlinge samenhang van de aanwezige grondslagen is het van belang om alle grondslagen te vermelden in het dossier.

Grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte

Als er sprake is van meer dan één grondslag stelt het CIZ vast welke van die grondslagen de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Deze grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Deze grondslag kan wijzigen bij een veranderde zorgbehoefte. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat eerst een somatische aandoening of beperking de meeste invloed had op de zorgbehoefte, terwijl in een later stadium de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking de meeste invloed op de zorgbehoefte heeft.

3. De vijf grondslagen

1. Somatische aandoening of beperking

Een somatische aandoening of beperking vindt veelal zijn oorzaak in een actuele somatische (lichamelijke) ziekte of aandoening. In sommige situaties bereikt een chronische somatische aandoening op enig moment een ‘eindstadium’. Dat wil zeggen, dat bij de somatische aandoening een stabiele toestand is bereikt waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Verdere behandeling zal niet leiden tot verder herstel en bepaalde beperkingen worden daarmee blijvend. Het vaststellen hiervan is aan de behandelend arts. Een aandoening die gekenmerkt wordt door stabiele fases en die bij verergering (nog) kan genezen of verbeteren door medische en/of paramedische behandeling, heeft als grondslag somatische aandoening of beperkingen, dus niet de grondslag lichamelijke handicap.
Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, niet veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. Dit is ook het geval bij een terminale situatie[16] (als voorbeeld: verzekerde met een hersentumor).

---

[16] Hiermee wordt niet alleen gedoeld op de termijn van 3 maanden zoals deze in de definitie van terminale levensfase is beschreven en die relevant is bij het indiceren van palliatief terminale zorg, maar ook op een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.



Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)[17] als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

Bij sommige verzekerden wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken zij het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is of ontbreekt geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening. Ook in deze situatie is er sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK).

Beperkingen ten gevolge van SOLK moeten, net als in andere situaties, altijd worden geobjectiveerd. Het oordeel van een arts is bij SOLK noodzakelijk. Het hiertoe noodzakelijke onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit, voordat er sprake kan zijn van zorg vanuit de Wlz.

Bij een verzekerde met SOLK of het vermoeden van SOLK wordt altijd de medisch adviseur van het CIZ geraadpleegd.

Indien de medisch adviseur van het CIZ, na overleg met de curatieve sector de overtuiging heeft, dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend zijn, dan is een Wlz-indicatie mogelijk.
Het zichtbare beperkingenbeeld van de SOLK ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek wordt daarom voor een somatische grondslag gekozen.

2. Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie[18], dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

3. Psychogeriatrische aandoening of beperking

De psychogeriatrische grondslag wordt gevormd door een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen waarbij er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in een of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch of sociaal cognitief).
De substantiële beperking in de cognitieve prestaties is bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek.
De cognitieve deficiënties doen zich niet alleen voor in de context van een delirium en zij kunnen niet worden verklaard door een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).
De meest voorkomende aandoening die leidt tot deze grondslag is dementie. Dit is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen, ook wel dementieel syndroom genoemd.

4. Verstandelijke handicap

Een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptief functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.
Deficiënties in het intellectueel functioneren worden zowel vastgesteld door een professionele beoordeling als door een geïndividualiseerde gestandaardiseerde intelligentie test.
Deficiënties in het adaptief functioneren leiden er toe dat verzekerde zonder blijvende ondersteuning niet zelfstandig kan functioneren in het dagelijks leven.

Er is daarom sprake van een grondslag verstandelijke handicap:

---

[17] De omschrijvingen sluiten aan bij de NHG-standaard voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) van mei 2013.

[18] Hiermee wordt niet alleen gedoeld op de termijn van 3 maanden zoals deze in de definitie van terminale levensfase is beschreven en die relevant is bij het indiceren van palliatief terminale zorg, maar ook op een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

- als een verzekerde een normscore van 70 of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen en
- de beperkingen op bovengenoemde terreinen al voor het 18e jaar aanwezig[19] zijn.

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan ook een IQ score tussen de 70 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:
- De verzekerde behaalt een normscore tussen de 70 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen afhankelijk is van intensieve ondersteuning in de conceptuele, sociale en praktische domeinen, ter voorkoming van ernstig nadeel voor verzekerde.
- Bij deze professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruik gemaakt van één van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval dient uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen te worden van de actuele stoornissen en beperkingen en de mate van ondersteuning waarop verzekerde is aangewezen.
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten al voor het 18e jaar aanwezig zijn.

5. Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap kan worden toegekend aan verzekerden die een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben.

Visuele handicap
Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld, waarbij de diagnostiek plaatsvindt door middel van metingen met hulpmiddel (bril).

Een visuele handicap valt onder de grondslag zintuiglijke handicap als er volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de NOG[20] sprake is van:
- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of
- een gezichtsveld < 30 graden, en/of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Auditief-communicatieve handicap
Van een auditieve stoornis is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

Zoals in de FENAC[21]-richtlijnen voor diagnostiek is aangegeven, is er sprake van een auditieve stoornis indien:
- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen,
- of als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Om van de grondslag zintuiglijke handicap te spreken moet de auditieve stoornis samenhangen met communicatieve beperkingen en/of ernstige sociaal emotionele problematiek en/of ernstige spraak/-taalstoornis en/of leerachterstand.

Spraak-/taalstoornis
Een spraak-/taal stoornis kan worden vastgesteld als er sprake is van ernstige communicatieve beperkingen. Deze kunnen zijn ontstaan door (zeer) ernstige beperkingen op één of meer ondergenoemde terreinen:

---

[19] Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.
[20] Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
[21] Nederlandse Federatie van Audiologische Centra



- Spraakproductie (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit).
- Spraakperceptie (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt).
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen).
- Lexicaal-semantische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).

Bovenstaande moet zijn aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht in het tweede compartiment, conform de FENAC-richtlijnen.

Een spraak-/taalstoornis wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als:
- de communicatieproblemen zodanig ernstig zijn dat verzekerde afhankelijk is van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen, en
- de spraak-, taalstoornis[22] op zich zelf staat, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrische, fysiologische, neurologische, cognitieve) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Een pragmatische taalstoornis/beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek) als zodanig leidt niet tot de grondslag ZG.

[22] Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren dan is er geen sprake van een grondslag voor de Wlz. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.



BIJLAGE 3. GEBRUIKELIJKE ZORG

1. Gebruikelijke Zorg

Deze bijlage geeft nadere invulling aan hetgeen met ‘redelijkerwijs’ is bedoeld in de Wlz, artikel 3.2.1 lid 1, en de Memorie van Toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1 (Zorginhoudelijke toegangscriteria). Deze bijlage is van toepassing op bijlage 1 ‘Algemeen’ van de beleidsregels indicatiestelling Wlz en kan worden aangehaald als ‘bijlage Gebruikelijke zorg’.

Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en/of opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Dit geldt ook als de ouder de gebruikelijke zorg vanwege een eigen aandoening, beperking, stoornis of handicap niet kan bieden.
Het CIZ onderzoekt de zorgbehoefte van een kind mede op basis van de in deze bijlage opgenomen ‘Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd’.
Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilig thuis te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

Gebruikelijke zorg:

- het door ouders aan kinderen bieden van een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat en zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid, is voor alle leeftijden gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan ook zorg omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomt. Het gaat dan om zorg die gebruikelijke zorg vervangt zoals sondevoeding in plaats van eten, of om zorg die in samenhang met reguliere zorg kan worden geboden zoals het geven van medicijnen.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid is gebruikelijke zorg afhankelijk van de leeftijd van het kind (zie richtlijn). Hiermee wordt bedoeld dat zorg en toezicht gedurende het gehele etmaal in de nabijheid nodig is zonder dat daarbij permanente actieve observatie nodig is. Het gaat hier om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande momenten en ook voortdurend in de nabijheid. Dit is gebruikelijke zorg omdat ook een kind met een normaal ontwikkelingsprofiel tot een bepaalde leeftijd
  1. niet zelf de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten, of
  2. niet zelf in staat is om op relevante momenten adequaat hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen, of
  3. ook vaak op ongeplande momenten zorg in de zin van begeleiding of overname van zelfzorg nodig heeft.
- ‘permanent toezicht’ in de zin van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen, valt niet onder gebruikelijke zorg. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkómen[23]. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Bij de beoordeling van Gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de Richtlijn die hieronder is opgenomen. Het uitgangspunt van de Richtlijn is de zorg die ouders volgens heersende maatschappelijke opvattingen moeten bieden aan kinderen zonder beperkingen, rekening houdend met verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie bestaan.

[23] Dit betekent niet dat elk kind dat permanent toezicht nodig heeft onder de Wlz zal vallen. Immers, als het permanent toezicht nodig is vanwege complexe somatische of lichamelijke problematiek, zoals beschreven onder ‘zorgverzekeringswet’ in bijlage algemeen, dan wordt de zorg geleverd uit de Zvw. Als permanent toezicht nodig is vanwege ernstige gedragsproblematiek, dan is behandeling eerst aangewezen, voordat kan worden beoordeeld of sprake is van blijvende zorgbehoefte.



2. Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd[24]

Kinderen van 0 tot 3 jaar • hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen; • hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande èn ongeplande momenten, overname van zelfzorg nodig; • hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.
Kinderen van 3 tot 5 jaar • hebben overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen; • hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig; • hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig; • hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. NB: deze zorg voor kinderen van 3 tot 5 jaar is geen gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps waaronder een verstandelijke handicap en een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief.
Kinderen van 5 tot 8 jaar • hebben tot 8 jaar overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen; • hebben tot 8 jaar overdag nog voortdurend begeleiding nodig; • hebben tot 8 jaar overdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig; • hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.
Kinderen vanaf 8 tot 18 jaar • hebben vanaf 8 jaar geen zorg in de nabijheid nodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen; • hebben tot 18 jaar een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

[24] Dit is een niet limitatieve lijst.



TOELICHTING

Artikel 21 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen maakt het mogelijk om beleidsregels vast te stellen over de werkwijze van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). De ‘Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015’ worden ingetrokken door het ministerie van VWS met ingang van 1 januari 2016. De onderhavige regeling, getiteld ‘Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016’ gaan in per 1 januari 2016.

De belangrijkste wijziging ten opzichte van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 betreft meerzorg. In de Wlz is opgenomen dat het CIZ vanaf 2016 een taak heeft in de vaststelling van de noodzaak tot meerzorg. Het CIZ onderzoekt in vier beschreven situaties of er sprake is aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel. Als dat aan de orde is, wordt een kenmerk meegegeven aan het zorgkantoor.

De rest van de wijzigingen betreffen met name verduidelijkingen van teksten.

De beleidsregels vormen een nadere uitwerking van en toelichting op belangrijke begrippen in de Wlz 2015, het Besluit langdurige zorg en de Regeling langdurige zorg. Het gaat onder meer om blijvende zorgbehoefte, ernstig nadeel, fysieke problemen, gebruikelijke zorg, permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid, zware regieproblemen.

De beleidsregels strekken ertoe de nodige uniformiteit te bereiken bij de indicatiestelling door het CIZ. Beleidsregels houden in dat een bestuursorgaan, in casu het CIZ, handelt overeenkomstig die beleidsregels. Ingevolge artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht moet het CIZ van de beleidsregels kunnen afwijken indien handelen volgens de beleidsregels voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregels te dienen doelen.

Net als bij de voorgaande beleidsregels zijn de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016 vastgelegd in drie bijlagen.
Bijlage 1 is een algemeen hoofdstuk dat onder meer definities bevat en een uitwerking van het wegingskader dat toeleidt naar de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel voor de verzekerde.
Bijlage 2 regelt de zogenaamde grondslagen. Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
Bijlage 3 geeft beleidsregels voor gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg is de dagelijkse zorg die ouders aan kinderen geacht worden te bieden.

De Voorzitter van de Raad van Bestuur van het Centrum indicatiestelling zorg,
D. Hoefsmit